

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 98

POUR LE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

HUET Jean

Né le 31 Octobre 1913 à Saint Pierre et Miquelon (Ile aux Chiens)

Contribution à l'Étude de la Syphilis Pulmonaire

Président : M. TROISIER, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

HUET Jean

Né le 31 Octobre 1913 à Saint Pierre et Miquelon (Ile aux Chiens)

Contribution à l'Étude de la Syphilis Pulmonaire

Président : M. TROISIER, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'Ecole de Médecine
PARIS

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOWSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Clinique d'assistance médico-sociale	LAUBRY.
	CROUZON.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	HOVELACQUE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Crologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY ... Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

II. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY - RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie Clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND-MERE

A MON PERE ET A MA MERE,

En témoignage de reconnaissance.

A MES FRERES ET SŒURS

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER,

Médecin de l'Hôpital Laënnec.

*qui voulut bien nous faire l'honneur de
présider cette thèse,*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RENÉ MOREAU,

Médecin de l'Hôpital de Bicêtre,

*qui nous inspira le sujet de cette thèse
et voulut bien nous aider de ses conseils.*

A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine de Rennes.

A Monsieur le Docteur Alphonse PELLÉ

A Monsieur le Docteur LE MONIET,

*dont nous fûmes l'externe à l'Hôtel-Dieu
de Rennes.*

A Messieurs les Docteurs

GRENIÉ, HÉRY, LAPLUME, OUDOT, PRIGENT,
TESSIER, DE VULPIAN,

Médecins de l'Hôpital de Saint-Brieuc,

dont nous fûmes l'interne.

A MES CAMARADES D'INTERNAT A L'HOPITAL
DE SAINT-BRIEUC

HISTORIQUE

C'est Jean Astruc, médecin de Louis XV, auteur de l'expression « phtisie vérolique » demeurée classique, qui le premier, à tort ou à raison, posa un diagnostic de syphilis pulmonaire. C'était d'ailleurs un diagnostic d'impression étayé sur de bien fragiles arguments.

Mais c'est à Brambilla que revient l'honneur d'avoir le premier publié une observation de syphilis pulmonaire dont le diagnostic fut précédé du traitement d'ailleurs involontaire.

Cette observation que M. le professeur E. Sergent rapporte dans son ouvrage *Syphilis et Tuberculose*, est tiré du *Traité du Phlegmon* que Brambilla fit paraître en 1777.

« On ordonna un électuaire pour un phtisique qui était dans une situation désespérée; par une méprise d'apothicaire, l'électuaire fut donné à un malade vénérien pour s'en frotter, et le phtisique reçut l'onguent mercuriel au lieu de l'électuaire pour le prendre à l'intérieur. Celui-ci, ne se doutant pas de la méprise, prit de cet onguent la

grosseur d'une noix-muscade deux à trois fois par jour, et il fut radicalement guéri de sa maladie au grand étonnement du médecin, qui apprit ensuite, par hasard de l'apothicaire, comment la chose s'était faite. »

Cependant l'existence de la syphilis pulmonaire reste fort discutée jusqu'au milieu du xix^e siècle. Les travaux de Laennec avivent la méfiance vis-à-vis des interprétations antérieures trop hâtives. Lui-même ne croit pas à la syphilis pulmonaire, et pourtant, on peut se demander si les observations XIX et XX de son *Traité d'auscultation* rattachées à la tuberculose ne pourraient pas l'être à la syphilis. Et, en effet, les malades dont il s'agit présentaient certainement des lésions syphilitiques du foie.

Il faut bien reconnaître que, jusqu'à la découverte du bacille tuberculeux par Robert Koch en 1882, le diagnostic de syphilis pulmonaire était et ne pouvait être qu'un diagnostic d'impression, et la preuve en est que le nombre des cas de syphilis pulmonaire publiés avant la découverte du bacille de Koch, surtout au milieu du xix^e siècle, est considérable, alors qu'à partir de la découverte du bacille les observations deviennent de plus en plus rares. Par contre, le diagnostic de syphilis pulmo-

naire peut à partir de ce moment s'étayer d'arguments beaucoup plus solides.

La découverte du tréponème pâle, en 1905, par Schaudinn n'apporte pas d'éléments nouveaux à la solution du problème de la syphilis pulmonaire, du moins quant au diagnostic sur le vivant. En effet, le tréponème de la syphilis est un parasite de coloration délicate, et il existe de nombreux spirochètes pathologiques ou même saprophytes de l'arbre broncho-pulmonaire et de la bouche qui rendent fort difficile son identification certaine.

Le développement de l'anatomie pathologique apporte ici peu de lumières, car de l'avis de tous les histologistes aucune lésion n'est strictement caractéristique de la syphilis. Malgré ces difficultés, A. Fourier, Mauriac, Landrieux, Gamberini, Potain, Dieulafoy s'attachent par la clinique et l'anatomie pathologique à mettre en lumière les différents aspects de la syphilis pulmonaire.

A partir de 1905, le professeur E. Sergent, par de nombreux travaux, ne cesse d'attirer l'attention sur la fréquence des pneumopathies syphilitiques.

A l'étranger, Spangenberg en 1916, Paturo Mayer en 1917, Elizalde en 1920, Carrera en 1920 publient des observations de syphilis pulmonaire.

En France, Mirande publie en 1921 un mémoire sur la question. En 1923, le professeur Letulle étu-

die minutieusement des cas de syphilis pulmonaire et de sclérose systématique. Enfin, à partir de cette date, de nombreuses communications sont faites par P. Jacob, Léon Bernard, Besançon et M.-P. Weill.

Et cependant, malgré l'abondance et la qualité de ces travaux, malgré les précisions qu'ils nous ont apportées dans tous les domaines, tant cliniques que radiologiques ou anatomiques, la syphilis pulmonaire reste impossible à caractériser par quelques symptômes qui lui soient vraiment particuliers, et son diagnostic est toujours un problème hérissé de difficultés.

M. René Benda a remarquablement mis en évidence les causes de ces difficultés :

1° La syphilis pulmonaire est rarement cantonnée en un seul segment de l'appareil respiratoire; elle est généralement intriquée à toute une série de manifestations bronchiques, pleurales et même médiastinales qui en rendent la schématisation fort mal aisée.

2° Comme nous l'avons déjà vu, la syphilis pulmonaire ne présente pas, au point de vue anatomo-pathologique, de lésions caractéristiques permettant d'incriminer la syphilis plutôt que la tuberculose ou telle autre maladie susceptible de pro-

voquer des lésions anatomiques de même ordre. D'ailleurs, la possibilité d'une association syphilis-tuberculose ne fait qu'augmenter la difficulté.

3° Les autopsies concernant les cas authentiques de syphilis pulmonaire sont rares.

4° Le spirochète est difficile à mettre en évidence et peut être confondu avec des types morphologiquement voisins mais d'aspect banal.

5° L'absence de bacilles de Koch, ou la présence de lésions spécifiques dans d'autres viscères n'apporte qu'une probabilité à la cause de la syphilis pulmonaire. Inversement la présence du bacille de Koch ne permet pas d'éliminer la syphilis puisque syphilis et tuberculose peuvent s'associer.

*
**

Nous avons vu les multiples difficultés auxquelles se sont heurtés et auxquelles se heurtent encore actuellement les auteurs qui se sont attachés à l'étude de la syphilis pulmonaire. Le polymorphisme des lésions pulmonaires spécifiques rend très ardue la classification de ces lésions, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

Nous tenterons cependant de résumer les con-

naissances actuelles sur la syphilis pulmonaire à la lumière des travaux parus ces dernières années.

Nous étudierons séparément la syphilis pulmonaire héréditaire et acquise.

Dans le cas de la syphilis acquise nous aurons à distinguer la syphilis pulmonaire secondaire et la syphilis pulmonaire tertiaire. Dans chacune de ces éventualités nous joindrons à l'étude clinique une courte étude anatomo-pathologique.

Enfin nous confronterons à cette étude théorique deux observations de malades que nous avons pu examiner personnellement et une troisième déjà publiée par M. le professeur René Moreau et qu'il a bien voulu nous permettre de reproduire ici.

SYPHILIS PULMONAIRE HEREDITAIRE

Il serait plus exact de parler ici de syphilis pulmonaire de l'hérédo-syphilitique. Deux cas sont en effet possibles :

- a) L'enfant est atteint de syphilis pulmonaire à la naissance;
- b) La syphilis pulmonaire survient plus tardivement chez un hérédo-syphilitique.

A. — SYPHILIS PULMONAIRE PRÉCOCE

Le plus souvent l'enfant est mort-né ou ne survit que quelques heures. Exceptionnellement la survie est de deux ou trois mois.

a) Cliniquement la syphilis pulmonaire précoce est sans histoire; en cas de survie, l'enfant est dyspnéique et présente de la cyanose.

b) Par contre, l'anatomie pathologique est fort intéressante, car c'est la seule forme clinique de syphilis pulmonaire où les lésions sont caractéristiques.

M. Benda distingue trois formes :

1° La « pneumonie blanche » qui peut être totale, lobaire ou lobulaire, dans laquelle il y a production hyperplasique de tissus fibreux englobant de fines gommes miliaries. Les tréponèmes fourmillent dans les coupes;

2° La « broncho-pneumonie à foyers nodulaires » disséminés ou agglomérés en bandes verticales à la partie postérieure des poumons. Le microscope montre une congestion des parois alvéolaires avec desquamation des cellules respiratoires et afflux diapédétique à prédominance lymphocitaire. Ici encore les tréponèmes sont abondants;

3° La « sclérose pulmonaire » accompagnée habituellement de dilatation des bronches. Des placards fibreux de dimensions variables ont envahi le poumon. Microscopiquement on observe des lésions sténosantes des vaisseaux. Ces placards fibreux sont bourrés de tréponèmes.

B. — SYPHILIS PULMONAIRE TARDIVE

Son étude se confond avec celle de la syphilis pulmonaire acquise.

SYPHILIS PULMONAIRE ACQUISE

Son polymorphisme est extrême aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique. Il n'existe aucun symptôme, aucune lésion qui soit absolument pathognomonique de la syphilis pulmonaire acquise.

Les « phtisies véroliques » de Jean Astruc et de Brambilla étaient, disons-nous, des diagnostics d'impression. Il nous faut bien reconnaître qu'actuellement un diagnostic de syphilis pulmonaire est encore un diagnostic d'impression. Certes, nous avons un plus grand nombre de probabilités, mais nous n'avons pas encore de certitude malgré les précisions que nous fournissent la clinique, la radiologie et le laboratoire.

La syphilis peut frapper l'appareil respiratoire à deux périodes de son évolution :

- a) à la période secondaire;
- b) à la période tertiaire.

A. — SYPHILIS SECONDAIRE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

1° *Trachéo-bronchite secondaire.*

Elle peut apparaître tout au début ou tout à la fin de la période roséolique. Elle est en réalité la manifestation de l' « énanthème roséolique ».

Cliniquement : ce sont des trachéo-bronchites banales.

Anatomiquement : elles se traduisent par l'apparition sur la muqueuse trachéo-bronchique de plaques muqueuses et de taches d'hyperhémie.

2^o Pneumopathies secondaires.

Elles sont exceptionnelles, se traduisent sous forme de poussées congestives aiguës à forme pneumonique, mais il n'en existe pas de preuve histologique.

3° Pleurésies syphilitiques secondaires.

Généralement insidieuses, s'accompagnant d'un état général satisfaisant, elles se manifestent souvent par un épanchement peu abondant et évoluent en deux ou trois semaines vers la guérison.

Le liquide est séreux ou légèrement hémorragique; il ne possède de formule cytologique particulière.

B. — SYPHILIS TERTIAIRE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Elle peut simuler absolument toutes les pneumopathies aussi bien infectieuses que cancéreuses. Elle peut s'associer à une autre infection. Elle peut être aiguë, chronique ou même latente. Son diagnostic est d'un intérêt considérable car nous sommes remarquablement armés pour la combattre.

I. — *Les formes aiguës de la syphilis pulmonaire tertiaire.*

« On ne sait pas assez, écrivent Favre et Contamin, que la syphilis est capable de produire des lésions étendues qui se constituent rapidement et que son évolution peut s'accompagner de troubles fonctionnels très accusés. On ne connaît pas assez ses poussées évolutives prises trop souvent pour une inflammation banale. »

Cette phrase s'applique parfaitement aux formes aiguës de la syphilis pulmonaire. Nous verrons, en effet, qu'elle prend la forme de broncho-pneumonies, de granulies, de bronchites aiguës que rien ou presque ne distingue d'affections à germes banals.

Nous ferons précéder l'étude clinique des différentes formes de syphilis pulmonaires aiguës d'une

étude anatomique inspirée des travaux de Lancereau, Bériel, Sergent, Letulle.

Le tréponème agit sur le tissu pulmonaire, comme sur les autres tissus, suivant trois processus :

un processus *hyperplasique*;

un processus *gommeux*;

un processus *scléreux*.

La simple énumération de ces trois processus nous montre à quel point la syphilis pulmonaire aiguë pourra imiter la tuberculose en simulant ses poussées congestives, en aboutissant à la formation de cavernes par ramollissement et élimination de la zone centrale d'une gomme, en copiant certaines formes fibreuses de tuberculose pulmonaire.

Cependant nous remarquerons que, s'il arrive que le tréponème détruise le tissu pulmonaire, il manifeste surtout un grand pouvoir de reconstruction, le bacille de Koch ayant plutôt tendance à détruire les tissus auxquels il s'attaque.

On peut diviser la syphilis pulmonaire aiguë de la période tertiaire en trois grandes formes :

la *broncho-pneumonie syphilitique aiguë*;

la *granulie pulmonaire syphilitique*;

la *bronchite aiguë tertiaire de Milian*.

a) Broncho-pneumonie syphilitique aiguë.

Encore appelée « phtisie galopante » syphilitique. Absolument semblable à la phtisie galopante tuberculeuse, avec son début brusque, avec température élevée d'emblée; sa dyspnée considérable; sa toux quinteuse; son expectoration muco-purulente; ses signes d'hépatisation, suivis bientôt de fonte parenchymateuse avec fièvre hectique, amaigrissement intense, sueurs profuses.

Il est absolument impossible d'après ces symptômes de faire le diagnostic de lésions syphilitiques; seules une autre localisation de la syphilis et surtout l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration peuvent mettre sur la voie.

b) Granulie pulmonaire syphilitique.

Individualisée par le professeur Fabre et MM. J. Gate, J. Dechaume et H. Gardère.

Le début est généralement brusque, la température, en quelques jours, atteint 39° ou 40°, tantôt oscillante, tantôt en plateau. A ces signes généraux, s'associent dyspnée et cyanose; l'auscultation donne fort peu de renseignements, tout au plus le murmure vésiculaire est-il diminué dans les deux champs, les bruits adventices manquent le plus souvent.

On peut penser à la typhoïde, à l'endocardite maligne, mais on les élimine rapidement. Et c'est surtout à la granulie pulmonaire que l'on s'attache. L'expectoration, souvent nulle, ne permet pas de contrôler le diagnostic par la recherche du bacille de Koch et l'on s'adresse à l'examen radiographique, qui semble confirmer le diagnostic de granulie bacillaire, bien que les granulations soient peut-être moins régulières, plus floues, plus grosses que dans la tuberculose.

Ici encore, ce n'est que par les antécédents et surtout les autres localisations syphilitiques qu'il est possible de penser à la granulie syphilitique.

c) Bronchite aiguë tertiaire de Milian.

Absolument semblable à la bronchite aiguë banale, ne peut s'en distinguer que si d'autres localisations syphilitiques existent.

II. — *Les formes chroniques de la syphilis pulmonaire tertiaire.*

Il est possible de les grouper en quatre grands syndromes :

- 1° Syndromes de sclérose pulmonaire;
- 2° Syndromes cavitaires;
- 3° Syndromes de condensation pulmonaire;
- 4° Syndromes pseudo-néoplasiques.

A) Syndromes de sclérose pulmonaire.

Soit qu'il s'agisse de bronchite chronique syphilitique;

Soit que la sclérose aboutisse à la dilatation des bronches.

Dans ces deux cas, aucun symptôme ne permet encore d'incriminer la syphilis.

B) Syndromes cavitaires.

Précédés d'une période de ramollissement pulmonaire, évoluant d'une manière très analogue aux lésions tuberculeuses; ils s'en distinguent cependant par la très longue conservation de l'état général, qui ne décline qu'à la période terminale. « Pendant longtemps le phtisique syphilitique paraît bien portant. »

C) Syndromes de condensation pulmonaire.

Auxquels nous nous attacherons plus longtemps.

C'est surtout sous forme de lobites syphilitiques que se traduit le syndrome de condensation pulmonaire syphilitique.

C'est Betoux qui a signalé pour la première fois des lobites chez les syphilitiques, sans d'ailleurs avoir affirmé la nature syphilitique de ces lobites. Poix et Décheneau, étudiant les lobites supérieures

tuberculeuses, admettent la possibilité de lobites syphilitiques. Roubier les a étudiées au point de vue radiologique. Enfin, plus récemment, Courcoux, Jean Le Reboullet, A. Reybaud, A. Jouve, Stoichitza et V. Cretzu ont apporté des précisions sur cette question.

La lobite syphilitique, d'après tous ces auteurs, survient longtemps après la contamination : « Il n'y a pas de lésion spécifique, a dit Pierre Mauriac, qui se développe à une époque plus reculée. »

Son mode de début est généralement insidieux. On pense en général à la tuberculose pulmonaire ou à une pneumopathie banale traînante; les signes fonctionnels ne sont pas caractéristiques; la toux est fréquente, l'expectoration, muqueuse ou muco-purulente. Assez fréquemment, le malade présente des hémoptysies peu abondantes, mais répétées, tantôt franchement rouges, quelquefois rosées ou rouillées. Les signes généraux sont très variables; la plupart du temps cependant ils sont discrets. La température n'est qu'exceptionnellement élevée.

Les signes physiques sont ceux d'une condensation pulmonaire, ils sont souvent réduits au minimum, mais quelquefois ils sont réunis au complet : submatité, augmentation des vibrations vocales, pectoriloquie, bronchophonie et souffle tubaire.

Bien souvent c'est l'examen radiologique qui permet de préciser qu'il s'agit d'une lobite.

Le lobe le plus fréquemment atteint est le lobe supérieur droit, puis le lobe supérieur gauche, enfin beaucoup plus exceptionnellement les lobes inférieurs ou le lobe moyen droit.

La radioscopie ou mieux la radiographie montre une image de condensation régulière et homogène.

Un caractère radiologique important est l'aspect de la limite scissurale. Rist et Ameuille ont signalé en effet que, dans l'atteinte tuberculeuse, cette limite présente une incurvation à concavité dirigée en bas et en dehors. Dans la lobite syphilitique supérieure au contraire, la concavité est généralement dirigée en haut et en dedans.

Le diagnostic étiologique de cette lobite s'appuie sur cinq arguments très exceptionnellement réunis :

- l'absence de bacilles de Koch dans les crachats;
- les antécédents;
- les stigmates cutanéomuqueux et viscéraux;
- les réactions biologiques;
- l'épreuve du traitement.

D) Syndromes pseudo-néoplasiques.

Forme exceptionnelle, véritable syphilôme diffus du poumon simulant un cancer pleuro-pulmonaire.

Enfin, à ces quatre syndromes de syphilis pulmonaire chronique de la période tertiaire, nous ajouterons :

E) Les formes associées :

a) à d'autres localisation respiratoires de la syphilis :

- Syphilis du larynx;
- Syphilis pleurale;
- Syphilis médiastinale;
- Artérite pulmonaire syphilitique;
- Suppuration broncho-pulmonaire.

a) à la tuberculose pulmonaire.

Association minutieusement étudiée dès 1907 par le professeur Emile Sergent dans son ouvrage *Syphilis et Tuberculose*.

DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS PULMONAIRE

Nous venons de passer en revue les différentes formes de syphilis pulmonaire. Nous avons vu que la syphilis pulmonaire héréditaire et la syphilis pulmonaire de la période secondaire ne présentaient qu'un médiocre intérêt clinique; la première, à cause de la rapidité de son évolution; la seconde, parce qu'elle est relativement facile à diagnostiquer, étant contemporaine, ou presque, de l'éruption roséolique, et qu'elle tend d'ailleurs spontanément à la guérison.

Par contre, nous avons vu que la syphilis pulmonaire tertiaire prend la forme d'affections graves, ne guérissant bien souvent que sous l'influence du traitement spécifique, et surtout qu'elle est de diagnostic très difficile.

La clinique ne permet pas de la distinguer des affections pulmonaires d'étiologies différents; en particulier, la confusion avec la tuberculose pulmonaire est presque la règle; ce n'est que lorsque

les antécédents ou une autre localisation oriente l'esprit vers la syphilis que le diagnostic est possible.

La radiologie ne donne pas davantage la certitude; c'est à peine si un détail, par exemple la forme de la scissure dans la lobite syphilitique, peut parfois donner l'éveil.

De plus, l'association possible syphilis-tuberculose vient encore compliquer le problème.

Le laboratoire sera lui aussi bien souvent incapable de donner la clef de l'énigme : l'absence de bacilles de Koch dans les crachats écarte la tuberculose, mais ne prouve pas la nature syphilitique des lésions. Il est impossible de mettre en évidence le spirochète dans l'expectoration. Le Wassermann peut être négatif, même dans le cas de syphilis pulmonaire, comme le montre une observation de Raybaud et Jouve concernant une lobite syphilitique.

Quels seront donc les arguments en faveur de la syphilis pulmonaire?

a) Les arguments cliniques :

Antécédents personnels : parfois le malade se sait syphilitique.

L'examen du conjoint pourra quelquefois montrer chez lui l'existence de lésions syphilitiques.

Les enfants peuvent présenter des signes d'hérédosyphilis.

Mais surtout la constatation sur le malade de localisations syphilitiques diverses aura une grande importance :

Lésions osseuses : périostite du tibia, ostéite du sternum par exemple;

Lésions viscérales : aortite, tabes, épididymite;

Douleurs ostéocopes comme dans une belle observation de Sergent;

Céphalées nocturnes rebelles.

b) Les arguments fournis par le laboratoire :

Réaction de Bordet-Wassermann, réaction de Hecht, réaction de Kahn.

L'absence de bacilles de Koch dans les crachats.

c) Enfin, le traitement d'épreuve.

TROIS CAS DE SYPHILIS PULMONAIRE

Pour illustrer cette étude théorique nous nous permettrons d'exposer trois observations que nous avons pu prendre personnellement.

La première est celle d'une malade que nous avons suivie comme externe de M. le Docteur Alphonse Pellé, à l'Hôtel-Dieu de Rennes.

La seconde est l'histoire d'un homme que M. le Professeur R. Moreau a bien voulu nous permettre d'examiner dans son service de Bicêtre.

Enfin nous reproduirons, avec l'autorisation de M. le Professeur Moreau, l'étude d'un cas de syphilis pulmonaire aiguë qu'il publia en 1932 dans *Paris Médical*.

OBSERVATION N° 1

M^{me} A. G. est une femme de 52 ans, exerçant la profession de brossière, qui tous les hivers, nous dit-elle, est sujette à des bronchites caractérisées par de la température, de la toux, et une expectoration assez abondante. Elle subit, voici quatorze

ans, une hystérectomie nécessitée par un fibrome. Elle a fait une fausse couche; a perdu un enfant au cours de sa première année d'une affection qu'elle ne peut préciser; elle n'a pas d'autre enfant.

Son mari a fait une pleurésie voici une quinzaine d'années, et, depuis ce temps, il tousse et crache abondamment.

On note aussi que la mère de cette femme est décédée d'une affection pulmonaire, vraisemblablement de tuberculose.

Au début du mois d'avril 1935, cette femme se plaignit d'une céphalée frontale violente en même temps qu'elle commençait à tousser et à cracher, ressentant au cours des efforts de toux une douleur à la base de l'hémithorax droit. Sa température s'éleva jusqu'à 39° le soir, se maintenant le matin aux environs de la normale.

Cet état persista durant tout le mois d'avril, pendant lequel la malade nous dit avoir beaucoup maigri. Son médecin, pensant à une tuberculose pulmonaire, la fait hospitaliser le 6 mai.

En examinant cette femme, ce qui frappe tout d'abord, ce sont les nombreuses varicosités dont sont ornées ses pommettes, varicosités qui abondent également sur ses pieds; elle est d'ailleurs un peu trémulante, s'exprime avec volubilité, avoue

des pituites matutinales et reconnaît, sans trop se faire prier, de légères tendances à l'intempérance.

L'examen s'oriente aussitôt vers l'appareil respiratoire de cette femme.

Le seul signe fonctionnel dont elle se plaigne actuellement est une toux fréquente, retentissant douloureusement dans son hémithorax droit, et ramenant des crachats abondants gris verdâtre, mousseux, très liquides.

Il n'y a pas de dyspnée; l'augmentation thoracique est normale des deux côtés.

La palpation fait percevoir des vibrations vocales netement augmentées à la partie moyenne de l'hémithorax droit; d'ailleurs ces vibrations ne sont pas perceptibles à gauche, malgré le timbre assez grave de la voix.

La percussion décele une matité franche des trois quarts supérieurs de l'hémithorax droit.

L'auscultation montre à gauche un murmure vésiculaire normal.

A la partie moyenne du poumon droit, quelques râles crépitants; au sommet droit, un murmure vésiculaire absolument inexistant, complètement remplacé par un souffle tubaire intense, surtout expiratoire, mais cependant perceptible à l'inspiration.

Au sommet droit existe également de la pectoriloquie aphone.

En somme, un syndrome de condensation de la partie supérieure de l'hémithorax droit.

L'examen de l'appareil digestif montre un foie un peu gros, facilement palpable sous les fausses côtes, vraisemblablement en rapport avec l'éthylisme de cette femme, dont l'atteinte hépatique se manifeste d'autre part par des alternatives habituelles de diarrhée et de constipation.

L'appareil cardio-vasculaire ne présente rien d'anormal en dehors des varicosités déjà signalées au niveau des pommettes et des pieds.

Mise à part la légère excitation nerveuse que traduit la volubilité de notre malade, et le fin tremblement de ses doigts, le système nerveux est normal. En particulier, les réflexes tendineux et pupillaires sont normaux.

De nombreux ganglions assez petits, durs, mobiles, sont perceptibles le long du sterno-cléido-mastoïdien droit et dans les aisselles.

La température de M^{me} G. est de 38°5 le soir de son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle est de 36°9 le lendemain matin, conservant le type oscillant qu'elle présente depuis un mois.

Ce syndrome de condensation pulmonaire du sommet droit avec température vespérale, toux et

expectoration abondante, un état général périclitant chez une femme dont la mère est « morte de la poitrine », et dont le mari est vraisemblablement bacillaire, paraît confirmer le diagnostic de tuberculose pulmonaire posé par le médecin traitant.

En conséquence, quelques heures après l'entrée de la malade, ses crachats sont adressés au laboratoire de bactériologie de l'Hôtel-Dieu qui va sans doute y découvrir des bacilles de Koch en abondance.

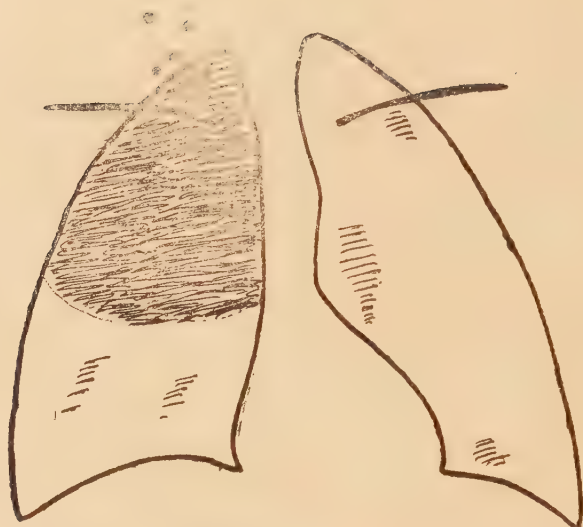
Le lendemain matin, réponse du laboratoire; pas de bacilles de Koch.

Les deux jours suivants, nouvelles recherches après homogénéisation, qui ne permettent pas non plus de découvrir de bacilles.

Le 7 mai, lendemain de l'hospitalisation de M^{me} G., une radiographie pulmonaire est pratiquée.

Sur le cliché, on note, à droite, une ombre dense, homogène, de la partie supérieure du poumon, ombre triangulaire, à sommet supérieur. La partie inférieure du poumon droit est normale. A droite également, l'ombre extrêmement foncée de cinq petits ganglions calcifiés dans la région sterno-cléido-mastoïdienne et sus-claviculaire.

Du côté gauche, le champ pulmonaire est normal.



M^{me} A. G. — Radiographie du 7 mai 1935.



M^{me} A. G. — Radiographie du 27 mai 1935.



M^{me} A. G. -- Radiographie du 13 juin 1935.



M^{me} A. G. — Radiographie du 6 juillet 1935.

En résumé, une image de lobite supérieure droite banale.

Un détail cependant ne peut manquer d'attirer l'attention.

Rist et Ameuille ont en effet signalé que, dans la lobite tuberculeuse du poumon, la limite inférieure de l'ombre radiologique présente la forme d'une courbe à concavité tournée en bas et en dehors, alors que, dans l'image qui nous intéresse, cette limite inférieure est extrêmement convexe vers le bas.

Des recherches de bacilles de Koch dans les crachats sont pratiquées presque tous les jours pendant les deux semaines qui suivent l'admission de la malade à l'hôpital. Avec ou sans homogénéisation, elles seront toujours négatives. Un dernier examen effectué le 19 juin, soit six semaines après l'entrée de M^{me} G. sera encore négatif.

Le 13 mai, une réaction de Wassermann pratiquée sur le sang de notre malade est fortement positive.

Dès lors, étant donnée l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, la réaction de Wassermann positive, la forme de la limite inférieure de l'ombre radiologique, la possibilité d'une syphilis pulmonaire est admise, et un traitement spécifique est institué.

Une série d'injections intra-veineuses de cyanure de mercure à un centigramme est pratiqué quotidiennement pendant douze jours, puis le traitement est poursuivi par des injections de Rhodarsan.

Quinze centigrammes le 27 mai, le 2 juin, et le 8 juin; trente centigrammes les 11 et 15 juin; quarante centigrammes le 18 juin; soixante centigrammes les 21, 24, 28 juin, et enfin les 2 et 6 juillet.

Dès le début du traitement par le cyanure, la température qui oscillait le soir autour de 38° tombe à la normale; l'expectoration diminue et se tarit rapidement; le poids, qui était de 55 kgs 500 à l'entrée de la malade, s'accroît rapidement et deux mois après atteint 62 kgs.

De nouvelles radiographies pulmonaires pratiquées le 27 mai, le 13 juin et le 6 juillet montrent une disparition progressive de l'ombre lobaire droite. Le lobe supérieur droit s'éclaircit régulièrement du hile vers la périphérie et, sur la dernière radiographie, l'image des deux champs pulmonaires est normale.

M^{me} G., se considérant comme guérie, sort le 7 juillet 1935 de l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION N° 2

O. M., âgé de 36 ans, facteur des P. T. T., entré à Bicêtre dans le service de M. le Professeur Moreau, le 25 mars 1938.

Cet homme, originaire de la Guadeloupe, ne peut donner aucun renseignement sur son hérédité. Il n'a jamais connu ses parents et ne sait pas s'il eut des frères et sœurs. A la Guadeloupe, il était ouvrier typographe. Depuis qu'il est en France, c'est-à-dire depuis sept ans, il exerce la profession de facteur des P. T. T. Il a une fille de 14 ans, qui réside à la Guadeloupe et qui est, dit-il, en bonne santé. Il s'est marié en France voici un an à une Guadeloupéenne dont il n'a pas d'enfant.

Comme antécédents pathologiques, il nous signale que, à l'âge de dix-sept ans, à la suite d'un traumatisme très minime de la face antérieure des deux jambes, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, apparurent des plaies qui auraient été des plaies saignantes et sphacélées pour lesquelles il ne consulta aucun médecin, mais qu'il soigna à la mode du pays, en particulier par l'application d'un sou de cuivre sur ses plaies. Il dut garder le lit pendant huit ou 10 mois, mais les plaies persistèrent bien au-delà de ce temps, surtout au niveau

de la jambe droite. La guérison ne fut totale qu'au bout de dix-huit mois ou deux ans.

A l'âge de 25 ou 26 ans, il présenta une maladie éruptive vésiculeuse qu'à la Guadeloupe on appelle, nous dit-il, « banglin » et qui paraît bien avoir été la variole.

En 1922 et en 1927, il se souvient avoir ressenti de très vives douleurs dans ses deux jambes, là où siégeaient ses anciennes plaies.

Au point de vue pulmonaire, aucun antécédent pathologique.

Ce n'est qu'en décembre 1937 qu'il commença à se sentir fatigué en même temps qu'il commençait à tousser, à expectorer, que son appétit diminuait, qu'il perdait du poids et qu'il était incommodé la nuit par d'abondantes sueurs.

Jusqu'en février 1938, la situation s'aggrave lentement. Au début de ce mois, ses crachats, qui jusque-là étaient muco-purulents, prennent un aspect hémoptoïque; ils sont striés de filets de sang et même, le 14 mars, il fait une petite hémoptysie de sang pur de 200 grammes environ, suivie de plusieurs autres dans les jours qui suivent.

Son médecin, pensant à une tuberculose pulmonaire, le fait hospitaliser le 25 mars.

Nous sommes alors en présence d'un homme de grande taille, d'un type nettement exotique, dont

la peau, assez fortement pigmentée, est parsemée de cicatrices ou cupules du diamètre d'une petite lentille, dont le fond, sans être blanc, est cependant plus clair que les régions intactes des téguments. Selon toute vraisemblance il s'agit bien de cicatrices de variole.

Ala face antérieure des deux jambes, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, on observe des cicatrices longues de 4 cm., larges de 2 cm.; la peau, à leur niveau, est plus fortement pigmentée. La palpation nous montre qu'elles sont adhérentes aux tibias. On perçoit sous les cicatrices une hyperostose de ces deux os, hyperostose peu saillante donnant l'impression d'un élargissement en masse des diaphyses; la surface en est légèrement bosselée et irrégulière. Ceci, joint à la manière dont ces lésions ont évolué, il est légitime de penser que les douleurs ressenties en 1922 et 1927 par le malade étaient des douleurs ostéocopes, et il s'agit sans aucun doute de séquelles laissées par une ostéopériostite hyperostosante d'origine syphilitique des deux tibias.

L'état général de M. O. M. est fort médiocre à son arrivée dans le service.

Sa température vespérale est de 39°8; il est asthénisé et amaigri.

Il est dyspnéique, présente une toux presque in-

cessante, empêchant tout sommeil et ramenant une expectoration abondante fortement teintée de sang.

Dans les deux champs pulmonaires, on entend des râles abondants, de toutes intensités, extrêmement disséminés.

La diurèse journalière est inférieure à un litre. Les urines sont foncées; elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

Rien à signaler au point de vue cardio-vasculaire en dehors de l'accélération du pouls en rapport avec la température. La tension artérielle, prise au Vaguez, est : Max. 12 — Min. 7.

Somme tout, un syndrome de bronchite aiguë diffuse d'origine vraisemblablement tuberculeuse.

Une radiographie pulmonaire est pratiquée le lendemain de l'admission de M. M. O. dans le service; radiographie qui montre une augmentation des ombres hilaires et un obscurcissement des deux champs pulmonaires, mais aucune image caractéristique.

Une radiographie des deux jambes est également pratiquée, qui montre des deux côtés l'épaississement en masse des tibias avec effacement presque complet des canaux médullaires au niveau des deux cicatrices.

Le 26 mars, une recherche des bacilles de Koch dans les crachats est négative. De nouvelles recher-

ches, effectuées les 5, 19, 23, 28 et 30 avril, après homogénéisation, resteront négatives.

Le 28 avril, étant donnés les antécédents du malade, on pratique sur son sang diverses réactions en vue de dépister la syphilis. En voici le résultat:

Réaction de Hecht avec détermination de l'index hémolytique : + + +.

Réaction de Wassermann : .

— avec extrait simple : + + (positif partiel);

— avec extrait cholestériné : + + + (positif).

Réaction de Kahn (standard) : + + +.

L'unanimité de ces réactions confirmait le diagnostic rétrospectif d'ostéopériostite hyperostosante syphilitique, mais, jointe à l'absence persistante de bacilles de Koch dans l'expectoration, elle permettait de penser à la possibilité d'une étiologie syphilitique de la bronchite aiguë que présentait le malade.

En conséquence fut institué un traitement anti-syphilitique par le cyanure de mercure en injections intra-veineuses d'abord quotidiennes, puis tous les deux jours, car très vite apparut de la gingivite. Le traitement fut continué ensuite par des injections de bismuth intra-musculaires.

On observe alors une amélioration de l'état général; la température s'abaisse et, à partir du 2 avril, se maintient à la normale.

L'appétit s'améliore et les sueurs nocturnes disparaissent; mais la toux et l'excoctation persistent plus longuement. La toux n'est plus continuelle, mais elle survient par quintes encore très pénibles, et les crachats émis sont toujours teintés de sang.

En présence de cette amélioration, M. O. M. préfère quitter l'hôpital, ayant l'intention de continuer le traitement à domicile.

Il sort donc de Bicêtre le 22 mai 1938.

OBSERVATION N° 3

publiée dans Paris Médical 1932

par M. le professeur René Moreau

M^{me} L..., âgée de 21 ans, marchande des quatre-saisons, entre à l'hôpital Cochin, le 18 mars 1917, pour une bronchite dont elle a souffert à plusieurs reprises depuis quatre mois.

Antérieurement à cette maladie elle a eu dans l'enfance une rougeole et une scarlatine qui ont évolué sans complication. A 18 ans, elle a eu un enfant qui est mort à 2 ans, de méningite. Depuis l'âge de 16 ans, elle exerce son métier de marchande des quatre-saisons et tous les hivers elle a des bronchites peu tenaces, qui ne l'ont jamais obligée à interrompre son travail.

Pour la première fois, au mois de novembre 1916, à la suite d'un refroidissement, elle est prise de frissons et de fièvre; sa température atteint 40°; elle souffre de courbature généralisée, de douleurs thoraciques bilatérales, d'une fatigue extrême; elle commence à avoir de la dyspnée, à tousser, à expectorer des crachats muco-purulents assez abondants. Ces troubles l'obligent au bout de quelques jours à entrer à l'hôpital.

Dès ce premier séjour, on est frappé par l'amaigrissement et l'asthénie de la malade. Sa température oscille entre 38° et 38°3, qu'elle ne dépasse pas; son pouls est rapide, à 100; il y a de la dyspnée avec toux fréquente et rauque, dysphonie; l'expectoration muco-purulente, jaune verdâtre, est assez abondante; il existe des signes de bronchite diffuse bilatérale. Mais, outre les râles bronchiques disséminés, on note à la partie moyenne du poumon gauche, en arrière, l'existence d'une zone de submatité interposée entre la sonorité normale du sommet de la base et l'on entend dans cette zone submate des râles sous-crépitants. Enfin, au sommet droit, en avant, on trouve de la submatité avec diminution globale du murmure vésiculaire.

L'existence dans les antécédents de la malade de bronchites à répétition, son amaigrissement, son

asthénie, la notion de la méningite à laquelle a succombé son enfant, font suspecter la tuberculose. L'examen des crachats ne décèle pas de bacilles de Koch,

La malade fait dans le service un séjour de trois semaines. Elle reprend du poids, sa température s'abaisse au voisinage de 37°3-37°5, sans jamais devenir normale. La fatigue a rétrocedé, mais la toux persiste, rauque et fréquente; l'expectoration n'a pas sensiblement diminué; les signes d'auscultation cependant se sont modifiés : les râles sous-crépitants et la submatité perçus à la partie moyenne du poumon gauche ont disparu; il ne subsiste que des râles sibilants et ronflants de bronchite disséminée.

La malade quitte le service le 9 décembre et reprend aussitôt son métier. Pendant trois mois, tout en continuant à souffrir de dyspnée et de douleurs thoraciques diffuses, à tousser et à cracher, elle peut travailler.

Mais bientôt la fatigue reprend, l'amaigrissement s'accroît, et le 10 mars 1917 elle est obligée de s'aliter à nouveau. La dyspnée est devenue continue, permanente; elle est aggravée de paroxysmes surtout nocturnes qui obligent la malade à se tenir assise dans son lit. La toux fréquente s'accompagne d'un point de côté très douloureux au niveau

du sein droit. La voix est cassée. L'expectoration, toujours aussi abondante, est fréquemment teintée de sang.

Le 18 mars 1917, la malade entre pour la seconde fois dans le service.

L'examen du thorax montre, du côté gauche, les mêmes signes qui étaient constatés trois mois auparavant : râles de bronchite disséminés, submatité à la partie moyenne, en arrière, et râles sous-crépitants à ce niveau; à droite, il existe de même, à la partie moyenne du poumon, de la submatité qui s'étend de la colonne vertébrale à la ligne axillaire postérieure; dans toute cette zone s'entendent des râles sous-crépitants fins assez serrés et à la partie supérieure et interne on perçoit un souffle doux, inspiratoire et expiratoire.

L'expectoration atteint 150 grammes; elle est purulente, constamment striée de sang. La recherche du bacille de Koch à l'examen direct et à l'homogénéisation est négative.

L'état général est mauvais. La température oscille autour de 39°. Les urines sont rares, non albumineuses. L'examen des autres organes ne montre aucune anomalie.

Au bout d'une dizaine de jours de repos et de traitement symptomatique banal, une détente se produit : la température baisse à 37°, l'appétit est

meilleur, les forces moins précaires et les signes stéthoscopique se modifient légèrement; le souffle perçu à la partie moyenne du poumon droit a disparu, seuls persistent quelques râles sous-crépitaunts et quelques râles bronchiques. Malgré cette amélioration, la toux, l'expectoration muco-purulente et sanglante, la dysphonie persistent.

Le 10 avril, la malade est prise d'un grand frisson; la température monte brusquement à 39°, le pouls à 110; la dyspnée et la toux redeviennent intenses et le lendemain l'expectoration devient plus abondante, 200 centimètres cubes de crachats nummulaires sont expectorés, mêlés à du sang rouge.

Une très légère fétidité passagère accompagne l'expectoration. A l'auscultation, on entend à nouveau le souffle, à la partie moyenne du poumon droit.

Du 10 au 13 avril, l'état de la malade s'aggrave considérablement, l'adynamie est extrême, le pouls est à 130, la fièvre à 40°; la dyspnée est très vive, avec orthopnée et crises de suffocation déclenchées par une toux opiniâtre et douloureuse. On entend, dans toute l'étendue du thorax, des râles sous-crépitaunts serrés. Il y a de la cyanose et des sueurs se produisent. En présence de ces symptômes on pense à l'éclosion d'une granulie chez une malade

atteinte de tuberculose broncho-pulmonaire subaiguë.

Après une saignée suivie d'une injection de morphine, une accalmie légère se produit et pendant une semaine les symptômes ne se modifient guère.

L'auscultation montre à ce moment l'existence de trois foyers de râles sous-crépitants, un à droite en arrière à la partie moyenne du poumon, un à gauche en arrière à la partie moyenne, le troisième, d'apparition récente, dans la fosse sous-claviculaire gauche. Au niveau de ces divers foyers on entend par intermittence un souffle tubo-pleural et l'on s'attarde à l'idée qu'il s'agit d'une phtisie galopante. On pratique alors un examen radioscopique qui montre une ombre floue, polycyclique, à la partie moyenne des deux poumons; il n'existe pas d'image cavitaire, pas d'image hydro-aérique; les sinus sont libres, les sommets sont clairs, malgré la constatation d'un foyer très net de râles sous-crépitants et de souffle au sommet gauche en avant.

A partir du 20 avril, la malade décline encore, l'amaigrissement est considérable, l'adynamie profonde; il se produit des sucurs; la cyanose est permanente, la fièvre prend le caractère hectique; de l'albumine apparaît dans les urines. L'expectoration nummulaire, les petites hémoptysies répétées,

la fixité des signes d'auscultation, les troubles fonctionnels conduisent à accepter, malgré les examens de crachats constamment négatifs, le diagnostic de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Le 5 mai, en raison de ces discordances, la malade est montrée à M. le professeur Widai. Au cours de son examen, il découvre deux symptômes qui avaient échappé et dont la constatation conduit à un tout autre diagnostic : d'une part, l'existence d'une alopecie en clairière bien dissimulée par une perruque et l'apparition à la partie postérieure du cou d'un collier de Vénus absolument typique. L'alopecie est apparue au mois de janvier. Aucun autre signe de syphilis n'est trouvé. La réaction de Bordet-Wassermann se montre positive.

Un traitement spécifique est aussitôt institué : chaque jour on fait à la malade une injection intraveineuse d'un centigramme de cyanure de mercure. Une transformation immédiate se produit : après cinq injections, la température s'abaisse à 37°5, la dyspnée s'apaise, l'expectoration mucopurulente, non sanglante, tombe à 50 grammes. L'appétit redevient bon et rapidement l'état général s'améliore.

A partir du 10 mai, on porte la dose de cyanure à 2 centigrammes par jour pendant huit jours. Les troubles fonctionnels rétrocedent et l'amélioration

de l'état général s'accroît. Les signes physiques régressent à leur tour : à gauche, la sonorité est redevenue normale; les râles sous-crépitaux et le souffle, qui à certains moments avaient donné l'impression de gargouillement, ont disparu aussi bien en avant, sous la clavicule, qu'en arrière, dans la fosse sous-épineuse; à droite, en arrière, on trouve encore de la submatité ou des râles sous-crépitaux, mais le souffle a disparu, de même qu'ont disparu les râles de bronchite.

Le 24 mai, une nouvelle radioscopie ne montre plus qu'une ombre floue, suspendue à la partie moyenne du poumon droit; à gauche, le champ pulmonaire est clair dans sa totalité.

Du 24 mai au 2 juillet, la malade est soumise à un traitement par le luargol. L'amélioration s'accroît : la toux et l'expectoration, la dyspnée et la douleur thoracique ont disparu, la respiration est redevenue normale des deux côtés et la radioscopie faite le 2 juillet ne montre plus aucune ombre anormale.

Le 2 juillet, la malade entre dans le service du Dr Schwartz, où elle subit une hystérectomie pour salpingite double. En octobre, elle quitte l'hôpital et reprend son métier. On la revoit guérie en janvier 1918.

CONCLUSIONS

A l'heure actuelle, l'existence de la syphilis pulmonaire n'est plus discutée, mais son diagnostic reste difficile; nous en avons vu les multiples raisons dans la première partie de cette étude.

Les trois observations ci-dessus nous les ont fait percevoir mieux encore. Nous avons pu constater que, s'il est des cas, comme celui de notre première malade, où la certitude du diagnostic est presque absolue, il en est d'autres, l'histoire de notre Guadeloupéen le prouve, où, malgré de fortes présomptions, quelques réserves peuvent être formulées.

Nous avons vu que la syphilis pulmonaire pouvait en imposer pour n'importe quelle affection de l'arbre respiratoire, mais cependant c'est avec la tuberculose pulmonaire qu'il est le plus facile de la confondre. Tous les auteurs ont insisté sur ce point et nos trois malades en sont un exemple.

Dans ces trois cas, le diagnostic eût été impossible à poser sans le laboratoire, et il est compréhensible que le professeur Fournier ait pu écrire,

à une époque où le bacille de Koch était connu, mais où sa recherche n'était pas encore vulgarisée : « Voyez en effet ce qui a lieu dans la plupart des observations de phtisie syphilitique qui sont relatés dans la science. Comment a-t-on été conduit à soupçonner et à découvrir la syphilis comme cause de phtisies jusqu'alors réputées tuberculeuses ? Presque invariablement par le fait d'un hasard, d'un incident fortuit, par l'invasion inattendue et toute éventuelle d'un symptôme patent de syphilis tel qu'ostéose, gomme, etc.

« Sans ce hasard, je répète le mot, et j'insiste à dessein, l'affection pulmonaire eût continué comme devant à passer pour tuberculeuse, et vous savez le résultat d'une erreur de ce genre. » (Fournier, *Syphilis héréditaire tardive*, 1886.)

Mais, de nos jours, il ne convient pas que le diagnostic de la syphilis pulmonaire soit dû au hasard. Traiter une syphilis du poumon comme une tuberculose est une erreur grave difficile à excuser, puisque, à l'heure actuelle, il est toujours possible de vérifier un diagnostic de tuberculose pulmonaire par la recherche du bacille tuberculeux dans l'expectoration.

Par conséquent, chaque fois que cliniquement un diagnostic de tuberculose pulmonaire aura été posé, et que des recherches répétées de bacilles de

Koch dans les crachats auront été négatives, il sera légitime de suspecter la syphilis, d'en rechercher les stigmates, et, même s'il n'en existe aucun, de pratiquer des recherches biologiques : réactions de Wassermann et de Hecht, qui pratiquement trancheront le débat.

C'est encore au professeur Fournier que nous emprunterons les dernières lignes de cette modeste étude :

« A coup sûr, cette enquête n'aura pas de résultat utile dans la grande majorité des cas, étant donné l'énorme supériorité de fréquence de la phtisie tuberculeuse par rapport à la phtisie syphilitique. Mais tenez pour certain qu'un jour donné, le jour peut-être où vous vous y attendrez le moins, elle aboutira à redresser une erreur diagnostique, à convertir en une phtisie spécifique une phtisie jusqu'alors imputée à la tuberculose, c'est-à-dire au total à sauver la vie de votre malade. »

Vu, le Doyen :

TIFFENEAU.

Vu, le Président de Thèse :

TROISIER.

*Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris ;*

ROUSSY,

BIBLIOGRAPHIE

- Azoulay.* — La forme sèche hémoptoïque de la dilatation des bronches. (Thèse, Paris, 1924.)
- P. Ameuille.* — A propos de la syphilis pulmonaire. (*Scalpel*, 8 juillet 1933.)
- Benda.* — La bronchite chronique syphilitique. (Thèse, Paris, 1927.)
- Benda.* — Syphilis des voies respiratoires. (*Encyclopédie médico-chirurgicale.*)
- L. Bernard.* — Rapports de la syphilis et de la tuberculose du poumon. (*Rev. de la Tuberculose*, 1923.)
- L. Bernard, Mouquin et Lelong.* — Un cas de pleurésie chez un syphilitique avec réaction de Wassermann positive dans le liquide épanché. (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1923.)
- Bezançon et Etchegoin.* — Présence de spirochètes dans les crachats hémoptoïques des tuberculeux. (*Et. scient. sur la tuberc.*, 1925.)

Bezançon et Jacob. — Etude clinique et anatomique d'un cas de syphilis pulmonaire. (*Rev. de la Tuberc.*, 1923.)

Pierre Bourgeois et L. Fischer. — La syphilis chez les tuberculeux pulmonaires. (*Presse Médicale*, 14 déc. 1935.)

I. Caiserman. — Etude clinique des formes pseudotuberculeuses de la syphilis de l'appareil respiratoire. (Thèse, Paris, 1935.)

Courcoux et Lelong. — La syphilis pulmonaire chez l'adulte. (*Journ. Méd. Franç.*, 1922.)

Courcoux et J. Lereboullet. — Un cas de syphilis pulmonaire. (*Paris Médic.*, 17 fév. 1934.)

Daubresse-Morel. — Syphilis pulmonaire. (*Bruxelles Médical*, 25 nov. 1934.)

Daubresse-Morelle, H. Sole. — Un cas de syphilis pulmonaire. (*Annales de l'Institut chirurgic. de Bruxelles*, 15 nov. 1934.)

Dechaume. — La granuïe pulmonaire syphilitique. (*Question médicale d'actualité*, sept. 1935.)

Dieulafoy. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (497-498).

G. Debré, Semelaigne et Cournand. — Soc. de pédiatrie, 9 fév. 1926.

Dohner. — Sur le radio-diagnostic de la syphilis pulmonaire. (II^e Congrès international de la Radiologie, 1928.)

Eynisse. — Contribution à l'étude de la syphilis du poumon. (*Ann. des mal. vén.*, XXIII, 1928, p. 540.)

Favre et Contamin. — La syphilis pulmonaire granulique. (*Lyon Méd.*, 29 juillet 1928.)

M. Gautier. — Un cas de pleurésie syphilitique tertiaire probable. (*Gazette Médicale de France*, déc. 1934.)

Gate et Barral. — Contribution à l'étude des pleurésies syphilitiques secondaires. (*Marseille Médical*, 15 mars 1928.)

Gate, Dechaume et Gardère. — La granulie pulmonaire syphilitique. (Journées de Méd. de Lyon, 20 oct. 1929.)

Gate et Gardère. — La syphilis pulmonaire à forme de cortico-pleurite. (*Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon*, 21 juillet 1927.)

Gate et Gardère. — Les formes évolutives de la syphilis broncho-pulmonaire. (*Question médicale d'actualité*, n^o 8, août 1935.)

Gaté, Gardère et Rousset. — Erythème polymorphe et cortico-pleurite d'origine syphilitique. (*Soc. Médic. des Hôp. de Lyon*, janv. 1928.)

Gougerot. — Pleurésies syphilitiques secondaires et tuberculose. Hybrides syphilitico-tuberculeux. (*Ann. mal. vén.*, juin 1931.)

Jacob. — Quelques aspects cliniques et radiologiques de la syphilis pulmonaire. (*Rev. de la Tuberculose*, 1923.)

I. de Jong. — Syphilis broncho-pulmonaire. (*Ann. d'Anatomie pathologique*, 1926, n° 3.)

Lecomte. — Un cas de syphilis pulmonaire. (*Liège Médical*, 9 mars 1930.)

Lelong, Gavois et Segrestaa. — Un cas de syphilis broncho-pulmonaire du nourrisson à forme pseudo-tuberculeuse. (*Gazette Méd. de France*, 15 novembre 1934.)

G. Le Coq. — Syphilis et formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire. (Thèse, Paris, 1936.)

Lereboullet. — Un cas de gomme syphilitique ulcérée du poumon. (*Paris Médical*, 20 juillet 1929, n° 29, p. 79.)

Letulle et Dalsace. — Les formes de la syphilis pulmonaire. (*Presse Médicale*, 1926, n° 25.)

Letulle et Dalsace. — Trois formes larvées de la syphilis pleuro-pulmonaire. (*Ann. de Derm. et de Syphiligr.*, mars 1927.)

- Marfan, Vallery-Radot et Debray.* — Contribution à l'étude des stridors de la première enfance à propos d'un cas de compression de la trachée par un ganglion non tuberculeux mais probablement syphilitique. (*Le Nourrisson*, janv. 1925.)
- Marfan et Debray.* — Un nouveau cas de cornage par adénopathie trachéo-bronchique syphilitique. (*Le Nourrisson*, janv. 1925.)
- Louis Masson.* — Deux cas de syphilis pulmonaire. (*Le Phare Médical de Paris*, fév. 1938.)
- Merklen, Wolf et Sichel.* — Gourmes géantes du poumon. (*Presse Médicale*, 1932, n° 80.)
- Mladen.* — La syphilis pleuro-pulmonaire sclérogommeuse. (Thèse, Paris, 1923.)
- R. Moreau.* — Un cas de syphilis pulmonaire aiguë. (*Paris Médical*, 20 février 1932, pp. 174-180.)
- Morhardt.* — Syphilis chez les tuberculeux pulmonaires. (*Vie Médicale*, 25 janvier 1928.)
- Mucciota.* — Pleurésies syphilitiques chez les hérédos. (*Bruxelles Médical*, 1927.)
- Payon.* — Sur un cas de pleurésie gommeuse syphilitique. (*Marseille Méd.*, 1920.)
- Péhu et Rougier.* — Etude clinique broncho-pulmonaire dans la première enfance. (*Revue Française de Pédiatrie*, n° 3, 1934.)

Raybaud et Jouve. — La syphilis du lobe supérieur. (*Arch. Médic. Chirg. de l'Appareil respir.*, 1934, n° 4.)

Roger et Sabareanu. — Sur la déviation du complément par les sérosités des syphilitiques. (*Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 21 janv. 1910.)

Romand-Monnier. — Les granulies syphilitiques. (Thèse, Lyon, 1930.)

Roubier. — Syphilome broncho-pulmonaire. (*Journal de Médecine de Lyon*, 1931.)

Sergent. — Syphilis et tuberculose. (Masson, 1907.)

Sergent. — Les épanchements pleuraux de la syphilis tertiaire. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 11 fév. 1910.)

Sergent et Benda. — Les gommes syphilitiques du poumon. (*Paris Méd.*, 15 fév. 1930.)

Sergent et Durond. — Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire. (Académie de Médecine, 1^{er} mai 1923.)

Sergent, Piot et Imbert. — Contribution à l'étude clinique et radiologique des gommes syphilitiques du poumon. (*Presse Médicale*, 21 avril 1934.)

Simonin et Tabellion. — Formes tuberculeuses de la syphilis pulmonaire. (*Paris Médical*, 25 août 1934.)

Sors et Rakower. — Sur un cas de syphilis pulmonaire simulant la tuberculose. (*Monde Médical*, 1912.)

Stoïchitza et Cretzu. — La forme lobaire de la syphilis pulmonaire. (*Arch. médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, 1935, n° 1.)

Tabellion. — De quelques aspects pseudo-tuberculeux de la syphilis pulmonaire. (Thèse, Nancy, 1932.)

Sors et Rakower. — Sur un cas de syphilis pulmonaire simulant la tuberculose. (Mondes Médical,

1912.)

Stoichita et Crestu. — La forme lobaire de la syphilis pulmonaire. (Arch. médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire, 1935, n° 1.)

Tabellion. — De quelques aspects pseudo-tuberculeux de la syphilis pulmonaire. (Thèse, Nancy,

1935.)

